

(様式 1)

宮城県立こども病院 登録医療機関(登録医)申込書

宮城県立こども病院
院長 今泉 益栄 様

本医療機関又は勤務する医師は、「宮城県立こども病院」登録医療機関又は登録医として、申し込みます。

平成 年 月 日

医師会区分	・仙台市医師会		・仙台歯科医師会		()医師会					
フリガナ										
医療機関名 (又は勤務する医療機関名)										
フリガナ									⑩	
開設者名 (又は医師名)										
郵便番号	〒									
住所										
電話番号	—				—					
FAX番号	—				—					
ホームページ										
E-mail										
診療科名									* 専門分野、得意とする分野をご記入ください。 * 逆紹介の重要な資料となります。	
診療時間	午前	時	分	～	時	分	午後	時	分	
休診日		日	月	火	水	木	金	土	祝日	
休診の曜日に、× をつけてください。	午前									
	午後									
診療情報	入院病床	有 () 床) ・ 無								
	往診	可 ・ 不可 場合によっては可 ()								
	往診時間帯	随時 ・ 診療時間内 ・ 診療時間外								
	訪問診療	有 ・ 無 場合によっては可 ()								
	訪問診療を行っている項目に○を記載してください。	1. 点滴 2. 経管栄養 3. 中心静脈栄養 4. 在宅酸素 5. 尿留置カテーテル 6. 腹膜透析 7. 人工呼吸器 8. 在宅医療を必要とする癌患者 9. 治療退院後の在宅医療を必要とする患者 10. 末期(癌)患者の終末医療 11. その他 ()								
その他										

※ 本登録用紙にてご記入いただいた情報は、医療従事者向けに広報を行う際、使用いたします。
ご了承の上、ご記入は正確にお願いします。